



Patientenaufkleber

Kassenpfl. Pflegesatz

Ja

Nein

Arztwahl

Ja

Nein

stationär

ambulant

Untersuchungsmaterial

(Fixation in 4% gepuffertes Formalin)

(Stempel und Unterschrift)

- Untersuchungsmaterial Pathologie:**
Anforderung an Fax +49 6841 / 162 18 02
- Untersuchungsmaterial Neuropathologie:**
Anforderung an Fax +49 6841 / 162 38 77

Gewünschte mol. path. Untersuchung:

EGFR-Mutation K-RAS BRAF

EML4-ALK ROS1 RET

NTRK MET HER2

NGS _____ _____

Histologische Voruntersuchung:

E-Nr.:

Klinische Angaben:

NSCLC Stad. IIIB/IV: Ja Nein

Klinische Fragestellung:

Patient gesetzl.
krankenversichert Ja Nein

Verdachtsdiagnose:

Patient privat
krankenversichert Ja Nein

Telefon/Fax:

(Stempel und Unterschrift)

Datum: